

Estudiantes

Prueba – Forma de Autorización para Medicar en la Escuela

Para ser completado por los padres o tutores del niño. Se debe llenar una nueva forma cada año escolar. Manténganla en la oficina de la enfermera o en ausencia de enfermera escolar en la oficina del Director del edificio.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Teléfono de la casa: _____ Teléfono de Emergencia: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Para ser completado por el medico del estudiante, el asistente o un RN practicante avanzado:

Nombre impreso del Médico: _____
 Dirección de la oficina: _____
 Teléfono de la oficina: _____ Teléfono de emergencia: _____
 Nombre de medicamento: _____
 Propósito: _____
 Dosis: _____ Frecuencia: _____
 Hora en la que el medicamento debe administrarse o bajo que circunstancias: _____

Fecha de la prescripción: _____ Fecha de la orden: _____ Fecha de la discontinuación: _____

Diagnostico que requiere el medicamento: _____

¿Es necesario que este medicamento se administre durante el día escolar? Sí No

Efectos secundarios esperados, si existe alguno: _____

Tiempo de intervalo para reevaluar: _____

Otros medicamentos que toma el estudiante: _____

Firma de Médico

Fecha

Solamente para los padres o tutores de estudiantes que necesitan traer medicamento para el asma o una EpiPen:

Yo autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes, a permitir que mi niño o el niño bajo mi tutela posea y use su medicamento para el asma y/o su auto-inyector de epinefrina. (1) Durante la escuela, (2) mientras este en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras este bajo la supervisión del personal escolar, (4) antes o después de las actividades normales escolares, como cuando está bajo el cuidado de programas de antes de la escuela y después de la escuela que son operados en la propiedad escolar. La ley de Illinois requiere que el Distrito Escolar informe a los padres o tutores que dicho distrito y sus empleados y agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad legal, solo en caso de que se cometan acciones licenciosas y con premeditación, como resultado de cualquier daño o lesión que se produzca por la auto-administración de la medicación del estudiante o por el auto-inyector de epinefrina (105 ILCS 5/22-30). **Si usted está de acuerdo por favor ponga sus iniciales:** _____

Padre/s o Tutor/s

Para todos los padres y tutores:

Al firmar la parte inferior, Yo estoy de acuerdo y soy la persona primeramente responsable por administrar el medicamento a mi niño. Sin embargo, en el caso de que yo me vea imposibilitado o en el caso de una emergencia médica, yo, por medio de la presente autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes, a que en mi nombre, administren o intenten administrar a mi niño(o que permitan que mi niño se auto-administre, mientras está bajo la supervisión de empleados y agentes del Distrito Escolar), el medicamento prescrito legalmente de la manera descrita en la parte superior.

Yo reconozco que puede ser necesario que la administración de los medicamentos a mi niño sea realizada por otro individuo que no sea la enfermera escolar y específicamente doy mi consentimiento a dichas practicas, y

Yo esto de acuerdo en indemnizar y librar de toda responsabilidad al distrito Escolar y a sus empleados y agentes en contra de cualquier demanda o reclamación legal, con excepción de una demanda basada en el uso de conducta licenciosa y con premeditación, que resulte de la administración o auto-administración del medicamento del niño.

Nombre impreso del Padre o Tutor

Nombre impreso del Padre o Tutor

Firma del Padre o Tutor*

Fecha

Firma del Padre o Tutor*

Fecha

** Si están disponibles, los dos padres o tutores deben firmar.*

Revised: March 26, 2007

